

# Características de los casos juzgados en el Tribunal de Ética Médica de Santander, Colombia, desde la promulgación de la Ley 100 de 1993

## *Characteristics about judged medical cases in the Tribunal for Medical Ethics, Santander-Colombia, since the enactment of the Law 100th, 1993*

Arnulfo Rodríguez Cornejo, MD\*

Laura Del Pilar Cadena Afanador, MD MSP\*\*

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Desde la promulgación de la Ley 100, de 1993, los usuarios del nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud aumentaron el conocimiento de sus derechos, por ende exigen mejor calidad y cumplimiento en estos servicios por parte de los profesionales de la medicina. El objetivo es identificar las características de los casos demandados ante el Tribunal Ética Médica Santander (TEMS). **Metodología:** Estudio descriptivo transversal aleatorizado con una muestra de 120 casos. La información fue captada y revisada por un miembro del TEMS, la cual se transcribió sin elementos de identificación de los implicados. Las variables estudiadas incluyen la descripción del demandante, del demandado y la resolución del proceso. **Resultados:** Se revisaron 136 casos radicados en el TEMS desde 1994 hasta 2009. El 56.6% de los afectados fueron mujeres, y el 47.1% de las demandas fueron remitidas al TEMS por un ente judicial. El 83.1% de los demandados fueron hombres, con una media de 42.12 años, de ellos el 37.5% no tenía especialidad. El tiempo entre la ocurrencia de los hechos y la radicación en el TEMS fue de 244 días en promedio; entre la radicación y el pronuncia-miento fue de 761 días en promedio. El 89.5% fue acusado por infringir los artículos de la relación médico-paciente. En el pronunciamiento el 72.7% de los casos fueron absueltos por falta de méritos y 16.2% recibió condena. **Conclusiones:** Es relevante que se analice la relación médico-paciente y se fortalezcan las acciones de concientización sobre la integridad profesional. Así mismo, es importante revisar las características del procesamiento de los casos. [Rodríguez A, Cadena LP. Características de los casos juzgados en el Tribunal de Ética Médica de Santander, Colombia, desde la promulgación de la Ley 100 de 1993. MedUNAB 2012; 15(3):137-143]

**Key words:** Tribunal de ética médica, Santander, Colombia, Ética médica, Denuncia de irregularidades, Mala praxis, Enfermedad iatrogénica, Mala conducta profesional, Jurisprudencia.

### Abstract

**Objective:** In 1993 the Colombian government enacted a law concerning Health management by public and private institutions. We intend, in this study, identify the reasons why the doctors underwent lawsuits directed to the Medical Tribunal, beginning in 1994, the year the new Health Law was enforced. **Methodology:** A descriptive randomized transversal study of 136 medical lawsuits directed to the Medical Tribunal. All the information was revised by one member this study. None of the persons involved in the malpractice lawsuit was identified. The variables analyzed included the characteristics of the Defendant, the Plaintiff, the subpoena subject and process outcome. **Results:** Medical Tribunal Files, ranging from 1994 through 2009 were thoroughly revised. 56.6% of the alleged victims were women and 47.1% of the malpractice claims came from different sources others than their own. 83.1% of the doctors that underwent a lawsuit were male, with an average age of 42.1 years. 37.5% were generalist doctors. The average time taken for a medical lawsuit to be registered before the Medical Tribunal was 244 days, and the (average?) time taken for the Medical Tribunal to provide the final pronouncement was about 761 days. The most common cause for a malpractice lawsuit was found to be the breaking of doctor-patient relationship. 72.7 of the doctors that underwent a lawsuit were found to be no-guilty and 16.2% were found to be guilty. **Conclusions:** It is very important for doctors to build a strong relation and empathy with their patients. Doctors need to be cautious with the medical or surgical procedures they perform on for their patients. A suitable Medical Consent has to be taken for all surgical and special medical treatments. Finally doctors need to select a proper medical procedure in a prompt manner and using an accurate treatment. [Rodríguez A, Cadena LP. Characteristics about judged medical cases in the Tribunal for Medical Ethics, Santander-Colombia, since the enactment of the Law 100th, 1993. MedUNAB 2012; 15(3):137-143]

**Palabras clave:** Tribunal for medical ethics, Santander, Colombia, Ethics, Medical, Whistleblowing, Malpractice, Iatrogenic disease, Professional misconduct, Jurisprudence.

\*Presidente Tribunal de Ética Médica de Santander, Colombia.

\*\*Docente, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia.

**Correspondencia:** Dra Laura Cadena correo electrónico: lcadena@unab.edu.co

Artículo recibido: 27 de febrero de 2013, aceptado: 22 de marzo de 2013

## Introducción

Desde la promulgación de la Ley 100, de 1993, los usuarios del nuevo sistema de salud aumentaron el conocimiento de sus derechos, por ende exigen mejor calidad y cumplimiento en estos servicios por parte de los profesionales de la salud, incluidos los de la Medicina.<sup>1</sup> Además, con las nuevas herramientas democráticas que se crearon en la Constitución Política de Colombia de 1991, los ciudadanos colombianos iniciaron una nueva relación con los ámbitos de mayor impacto para su vida tales como la salud y la educación, entre otros, a través de sus instituciones de control.<sup>2,3</sup>

Un ejemplo de ello es el aumento del número de denuncias de irregularidades a las instancias judiciales, incluido el Tribunal de Ética Médica (TEM), pues como lo reporta López y Cols., se pasó de 0.5 demandas por cada 1,000 médicos en 1993, a 7.1 demandas por cada 1,000 médicos en 2001, y las cifras continúan en ascenso.<sup>4</sup> Sin embargo, este panorama no es exclusivo de Colombia, en todo el mundo se ha generado un aumento en el número de denuncias de irregularidades al personal de salud, lo cual ha promovido varios espacios de recomendaciones y debates sobre la calidad, competencia y ética de las acciones médicas, incluyendo la formación de pregrado.<sup>5-7</sup>

La mayoría de los Tribunales del país han venido funcionando desde 1981, siendo Santander uno de los primeros departamentos en aplicar la normatividad; cubriendo en ese entonces, no sólo el departamento de Santander sino Norte de Santander, Arauca y Sur del Cesar.

Posteriormente estos entes territoriales fueron escindidos del departamento de Santander y comenzaron a funcionar de forma independiente desde 1990. Inicialmente, hace 25 años las denuncias de irregularidades ético-disciplinarias en cualquier profesión eran raras y escasas; sin embargo, con las nuevas leyes del país como la Ley 100, se aumentaron, en especial hacia los médicos.

Esto se puede explicar porque el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ha generado que la relación médico-paciente quede seriamente afectada, lo que propicia que el paciente demande al médico como responsable del fracaso del acto médico y como el determinador de la negación del servicio por parte de la Empresa Promotora de Salud (EPS) y la Institución Prestadora de Salud (IPS), tal como se evidencia en varios estudios.<sup>8-13</sup>

El aumento del número de querrelas es más una observación empírica que cuantificada, ya que son muy escasas las investigaciones sobre el tema en los ámbitos nacional e internacional. En Colombia, existen algunos estudios de revisión de las denuncias de irregularidades por mala conducta profesional realizadas por instituciones privadas que toman pólizas de responsabilidad para asegurar a algunos de sus médicos especialistas (como cirujanos, gineco-obstetras y anesthesiólogos), lo cual da un sesgo de

información al no incluir a todas las demás especialidades y a los médicos generales, y al tomar la información no directamente de los TEM sino de sus propias estadísticas. No obstante, resulta relevante conocer esta información la cual, aún, no es suficiente para nuestro país y casi inexistente para Santander. Se conoce que desde la implementación de la Ley 23 de 1981 hasta la promulgación de la Ley 100 del 24 de diciembre de 1993, el número de demandas recibidas en el Tribunal de Ética Médica de Santander (TEMS) fue de 154 casos, esto es cerca de 12 casos por año. A partir de la vigencia de la Ley 100 (1 de enero de 1994) hasta el presente esta cifra se elevó a 1,291 casos, es decir, durante los siguientes 19 años se radicaron cerca de 68 casos anualmente, dando una elevación de 838%, la cual presenta un gradiente de tiempo, en otros términos, a fecha más reciente, más casos radicados, según los datos reportados por la Secretaría del TEMS.

Por lo anterior, el objetivo de la presente investigación es conocer el comportamiento de las denuncias de irregularidades radicadas en el TEMS desde 1994 hasta 2009, con el fin de identificar las principales causas de estas, las características del demandante y del demandado, así como el tiempo y los resultados de las sentencias de fondo emitidas por el TEMS.

Con lo anterior se espera que la información permita mejorar la calidad de la educación y la formación de los profesionales de la salud, así como fortalecer la práctica clínica desde una perspectiva ética, estética (entendida como la “sensibilidad por lo humano”) y moral.

## Metodología

Previo aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, se realizó un estudio descriptivo transversal de serie de casos, en el cual se planteó el análisis de una muestra representativa de los casos radicados desde el 1 de enero de 1994 y juzgados hasta el 31 de diciembre 2009. Ya que la promulgación de la Ley fue el 23 de diciembre de 1993.<sup>14</sup>

Utilizando el programa Epi Info 2000<sup>15</sup> se calculó un tamaño de muestra de 120 casos teniendo en cuenta una demanda esperada del 5% para aspectos diferentes a los contemplados en los artículos 10 y 15 (los de mayor demanda según la prueba piloto), para una probabilidad *alpha* de 5% y un error *beta* del 20%. Dicha selección se realizó utilizando números aleatorios para todos los procesos del tribunal que cumplían con los requisitos.

La recolección de la información la realizó el primer autor quien es miembro del TEMS y es la única persona autorizada por dicha institución para tener acceso a los procesos.

El investigador identificaba los números aleatorios con el número interno del proceso y luego recababa la información

remarcando cada demanda con un número nuevo para que la segunda autora no lograra identificar ningún tipo de información real de los procesos. Toda la información fue extraída en el TEMS y transcrita de forma anónima y confidencial en una base de datos en Excel. Todo ello con el fin de garantizar el cumplimiento de la resolución 08430 de 1993,<sup>16</sup> así como los requisitos planteados por el Comité de Ética y el TEMS.

El formato de recolección de datos fue elaborado por los autores teniendo en cuenta los conocimientos que sobre el tema tiene el primer autor; dicho formato constaba de 20 preguntas divididas en tres componentes:

- Características del demandante: incluye edad y sexo de la persona aparentemente víctima de la acción médica, mecanismo de instancia de la demanda. No se recabaron datos como estrato o escolaridad pues dicha información no aparece registrada en los expedientes del proceso. No se clasificó ni el tipo de patología ni la causal de demanda por no ser objeto de investigación.
- Características del demandado: incluye edad, sexo, si es especialista o no, así como los artículos del código de ética médica por los cuales lo demandan.
- Características del proceso: tiempo del pronunciamiento de fondo del TEMS y el resultado de dicho pronunciamiento.

La información fue analizada por medio de medidas de tendencia central y dispersión dependiendo del tipo de variable, si eran cualitativas o cuantitativas. Para todo lo mencionado se utilizó el programa EpiInfo 2000.

## Resultados

La muestra fue de 120 casos, se logró obtener información de 136 radicados desde enero de 1994 hasta 2009, ya que posterior a esta fecha aún no han tenido sentencia de fondo.

Las características de la persona afectada por la acción médica se observan en detalle en la tabla 1.

Se resalta que el 56.6% fueron mujeres, la edad oscilaba entre recién nacidos hasta 88 años; las denuncias de irregularidades fueron presentadas en el 60.3% de los casos por un familiar y muy pocas por el apoderado (12.5%), situación que se presentaba en especial entre los años 1995 a 2000.

Con respecto a si el caso fue remitido o no, el 51.5% fue enviado directamente al TEMS, 4.4% se inició por solicitud de los magistrados del TEMS, a pesar de no tener denuncia formal, por la gravedad aparente de los hechos, aunque en todos los casos posterior al inicio se recibía la denuncia de irregularidades; y el 47.1% de los casos fue remitido por un ente oficial, de estos 20 casos fueron denunciados a la Defensoría del Pueblo, 14 a la Procuraduría, 13 a la Personería, 10 a un juzgado, 9 a la Fiscalía y 2 casos a la Secretaría de Salud Departamental.

Es de aclarar que dos casos cursaron con doble remisión (uno a la Fiscalía y la Procuraduría y otro a la Fiscalía y a un juzgado).

En cuanto a las características de la demanda, 129 (94.8%) fueron interpuestas contra un médico y 7 (5.2%) fueron sólo contra instituciones, ya fueran IPS (5 casos) o EPS (2 casos). De las 129 denuncias de irregularidades contra médicos, 78 (60.1%) fueron contra médicos e IPS de forma simultánea y 7 (6.9%) contra médicos y EPS a la vez; Aquellos casos que involucraban IPS o EPS fueron remitidos a las instancias de control nacional (Superintendencia Nacional de Salud).

Con respecto a las características del médico demandado, la edad mínima fue de 24 años y la máxima de 72 años, de ellos 73 (53.7%) eran hombres especialistas, y 10 (7.4%) eran mujeres especialistas, a los cuales demandaban de forma individual, como se observa en la tabla 2.

Tabla 1. Características del afectado

Variable		Total (%)
Sexo del Afectado	Femenino	77 (56.6%)
	Masculino	58 (42.6%)
	No dato	1 (0.7%)
Edad del Afectado	33.96 años (DE=20.73)	
Presentador de la denuncia de irregularidades	Apoderado	17 (12.5%)
	Afectado	37 (27.2%)
	Familia	82 (60.3%)
Vía de instauración de la denuncia	Directo al TEMS	70 (51.5%)
	Ente judicial	6 (4.4%)
	Oficio	6 (4.4%)

**Tabla 2.** Características del demandado

Variable		Total (%)
<b>Sexo del Demandado</b>	Masculino	113 (83.1%)
	Femenino	19 (13.9%)
	Sin dato	4 (2.9%)
<b>Edad del Demandado</b>	42.12 DE=9.28	
<b>Demanda individual</b>	Si	82 (61.1%)
	No	53 (38.9%)
<b>Especialidad</b>	Ninguna	51 (37.5%)
	Ginecología y obstetricia	19 (13.9%)
	Cirugía general	15 (11.1%)
	Ortopedia	11 (8.1%)
	Medicina Interna	10 (7.4%)
	Administrativas*	6 (4.4%)
	Anestesiología	5 (3.7%)
	Pediatría	4 (2.9%)
	Cirugía Plástica	4 (2.9%)
	Oftalmología	3 (2.2%)
	Subespecialidades de Medicina Interna	3 (2.2%)
	Cirugía pediátrica	1 (0.7%)
	Psiquiatría	1 (0.7%)
	Urgencias	1 (0.7%)
	Sin datos	2 (1.47%)

\* Agrupa a las especialidades de Administración de Servicios de Salud, Salud Ocupacional, Auditoría y Gerencia de Hospitales

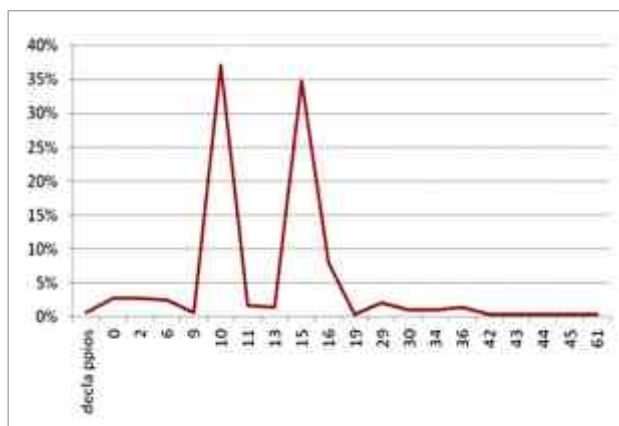
Con respecto a las características del proceso, en la tabla 3 aparece el tiempo que transcurría entre los hechos, la denuncia de irregularidades en entidades legales, si fue el caso, la radicación en el TEMS, el pronunciamiento de fondo emitido por el TEMS y los descargos, si llegó a dicha instancia. Los artículos demandados se agruparon según está organizada la Ley 23 de 1981 de la siguiente manera:

- a. Título I: disposiciones generales (artículos 1 la declaración de principios y 2 el juramento hipocrático)
- b. Título II: Práctica profesional
  - a. Capítulo I: De las relaciones médico-paciente (artículos 3 al 26)
  - b. Capítulo II: De las relaciones médicas con otros colegas (artículos 27 al 32)
  - c. Capítulo III: De la prescripción médica, la historia clínica, el secreto profesional y algunas conductas (artículos 33 al 41)
  - d. Capítulo IV: De las relaciones del médico con las instituciones (artículos 42 al 45)
  - e. Capítulo V: De las relaciones del médico con la sociedad y el estado (artículos 46 al 54)
  - f. Capítulo VI: Publicidad y propiedad intelectual (artículos 55 al 54)
- c. Título III: órganos de control y regímenes disciplinarios (artículos 62 al 94)

Con respecto a los artículos, en total se elevaron 136 denuncias de irregularidades por presunta infracción de uno o más artículos, lo que arrojó 288 artículos demandados. En 133 casos (97.8%) las denuncias se elevaron por presunta infracción de más de un artículo, y de ellos, los artículos 10

(107 casos, 37.1%) y 15 (100 casos, 34.7%) fueron los más demandados como aparece en la gráfica 1. No hubo demandas por los aspectos contenidos en el título II, capítulo V, ni en el título III.

Sobre el pronunciamiento de fondo, el 72.5% de los médicos demandados fueron absueltos porque no se encontraron méritos para su condena; de ellos, un caso por comprobación que la falla fue directamente de la IPS, el cual fue remitido a la Superintendencia Nacional de Salud. Así mismo, de los 53 casos grupales, 45 (84.9%) casos tuvieron absolución de todo el equipo médico demandado y de los 8 (15.1%) restantes, 1 caso fue condenado grupalmente y 7 fueron absueltos parcialmente al ser encontrados algunos implicados culpables y otros absueltos.



**Gráfica 1.** Porcentaje de artículos demandados

**Tabla 3.** Características del proceso

Variable		Total
<b>Tiempo del proceso*</b>	Entre hechos y demanda	181 (0 – 1,004)
	Entre hechos y radicación	244 (0 – 3,042)
	Entre demanda y radicación	0 (0 – 1,126)
	Entre hechos y pronunciamiento	1,308 (123 – 4,871)
	Entre radicado y pronunciamiento	761 (123 – 4,841)
<b>Artículos demandados (n=286)**</b>	Declaración de principios y Juramento Hipocrático	9 (3.1%)
	De las relaciones médico-paciente	256 (89.5%)
	De las relaciones médicas con otros colegas	9 (3.1%)
	De la prescripción médica, la historia clínica, el secreto profesional y algunas conductas	7 (2.4%)
	De las relaciones del médico con las instituciones	4 (1.4%)
	Publicidad y propiedad intelectual	1 (0.3%)
<b>Pronunciamiento de fondo</b>	Absolución	99 (72.7%)
	Sancionados	30 (22.2%)
	Precluidos	7 (5.1%)
<b>Tipo de sanción (n=30)</b>	Absueltos en segunda instancia £	10 (33.3%)
	Amonestación privada	9 (30.0%)
	Censura escrita privada	4 (13.3%)
	Suspensión por un periodo de 20 meses o más	3 (10.0%)
	Censura escrita pública	2 (6.7%)
	Censura verbal pública	1 (3.3%)

\* Mediana en días con los valores mínimo y máximo.

\*\* El demandado puede haber vulnerado más de un artículo.

£ Absueltos después de presentar los descargos por condena en primera instancia.

Con respecto a los 7 casos precluidos, 5 se debieron a vencimiento de términos entre el tiempo de los hechos y el pronunciamiento de fondo, uno por llevar más de 60 meses entre la ocurrencia de los hechos y la radicación de la demanda y otro por muerte del médico implicado.

En los 30 casos en que la Sala juzgó que sus declaraciones en versión libre no eran suficientemente aclaratorias o justificadoras de su acto médico la Sala en pleno los llamó a rendir descargos; de ellos a 10 médicos se les aceptaron los descargos y el resto de médicos fueron condenados como aparece en la tabla 3.

## Discusión

Con los resultados de la presente investigación se puede observar que la mayoría de demandas recae en profesionales hombres no especialistas, y las principales afectadas son las mujeres, siendo sus familiares quienes interponen la denuncia de irregularidades ante el TEMS o entes judiciales. En la literatura colombiana sólo se encontró un estudio que tuviera características similares al presente y fue el realizado por Amorocho y Guzmán<sup>17</sup> en 2008, quienes analizaron 219 casos procesados en el

Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca, radicados entre 2000 a 2004. Los investigadores encontraron que el 86.8% de los demandados eran médicos de sexo masculino, con una relación de 8:4. Sobre la especialidad el 39.7% no había realizado alguna, datos que son consistentes con los encontrados en el presente estudio. De igual manera es similar a lo reportado por López y Cols.,<sup>18</sup> en 2004 sobre las demandas registradas en Fondo Especial para el Auxilio de Demandas (FEPASDE) donde el 62% de los afectados fueron mujeres y los demandados fueron hombres en el 78% de los casos; y a lo reportado por FESPADE<sup>19</sup> que presenta una tasa cruda de demandas por responsabilidad médico-legal a 2008 de 13.88%, siendo el 30% de las demandas hacia médicos generales.

La situación anterior es acorde con la realidad del país, ya que según los datos reportados por el estudio de Recursos Humanos de la Salud en Colombia,<sup>20</sup> las mujeres son quienes más consultan el sistema de salud, al reportar 12 millones de consultas, frente a 5 millones por parte de los hombres; con una situación particular, que es la consulta ginecobstétrica, muy vulnerable a ser demandada; así como cualquier inconveniente derivado de la atención médica genera un gran malestar en el entorno social de dicha paciente. También es coincidente que los hombres sean los más

demandados,<sup>20</sup> pues a 1984 el 70% de los egresados de los programas de medicina fueron hombres, sólo hasta 1999 se dio una proporción similar entre hombres y mujeres. La proyección es que a 2015 la proporción se haya invertido considerablemente.

Sobre las especialidades más demandadas, el presente estudio encontró que el 13.9% fueron para ginecobstetras, 11.1% para cirujanos generales, 8.1% para ortopedistas y 7.4% para internistas lo cual es consistente a lo encontrado por Amoroch y Guzmán<sup>17</sup> quienes informan que el 15.1% de los demandados fueron ginecobstetras, el 10% cirujanos generales y el 10% ortopedistas. También es similar a los hallazgos de Manrique<sup>21</sup> sobre las demandas apoyadas por SCARE-FEPASDE entre 1993-2003, donde el 28% fue a ginecobstetras, 26% a cirujanos plásticos y 21% a ortopedia. Sin embargo, llama la atención que el mismo autor informa que la especialidad con mayor número de demandas fue neurocirugía con 33% de los casos.

Es de resaltar que a pesar de existir un menor número de especialistas en Colombia, pues según las proyecciones del estudio de Recursos Humanos,<sup>20</sup> a 2011 existían 77,473 médicos generales y sólo 7,872 especialistas; la proporción de demandados es muy alta, lo cual puede ser debido a la complejidad de los procedimientos que ellos realizan, así como a la estructura del sistema de salud, donde la alta morbilidad es manejada por especialistas y no por los médicos generales.

Sobre las causales de denuncia de irregularidades se identificó, en el presente estudio, que el 89.5% fue por incumplimiento de los artículos concernientes a la relación médico-paciente, mientras que este tipo de denuncias sólo representó el 53.7% de las realizadas en la ciudad de Cali<sup>17</sup>. Esta situación plantea una revisión a profundidad sobre las características de personalidad que afectan el actuar médico de los hombres, quienes tal vez por impericia, temeridad, imprudencia o negligencia pueden cometer un mayor número de situaciones que desencadenen una acción médico-legal.

Otra posible explicación es la calidad y calidez de la relación médico-paciente, pues el 89.5% de los casos denunciados, en el presente estudio, estuvo relacionado con el buen trato, la utilización del tiempo suficiente para el diagnóstico y la explicación adecuada del plan de manejo para los pacientes. Datos que son consistentes a lo informado por FEPASDE,<sup>22</sup> donde el 70% de los casos no tiene explicación de los procedimientos o consentimientos informados.

Con respecto al pronunciamiento de fondo el 72.7% de los casos fueron absueltos y el 16.2% recibió algún tipo de sentencia. Esto es similar a lo registrado por López,<sup>18</sup> donde en el 60% de los casos se demostró que no existió mérito en el médico denunciado para imponerle una sanción, y a lo encontrado por Amoroch y Guzmán,<sup>17</sup> donde el 65.8% de los casos no tuvo sanción.

Dentro de los hallazgos relevantes de la presente investigación es llamativa la demora en todo el proceso, desde la puesta de la denuncia de irregularidades hasta el pronunciamiento de fondo; de ello es de resaltar que el tiempo entre la radicación y el pronunciamiento varía entre 4,1 hasta 161.4 meses, con mediana de 25 meses; lo cual llevó a que el 5.1% de los procesos precluyeran quedando sin conocer la razón por la cual hubiese podido o no atentar contra la Ley de Ética Médica. Esta situación se debe a que muchos de los denunciados son difíciles de localizar, por el cambio constante de residencia a ciudades tanto dentro como fuera del país, lo cual imposibilita recabar la evidencia necesaria para configurar el proceso. Otro elemento a tener en cuenta es el aumento exponencial en el número de denuncias de irregularidades, frente al número de magistrados que permanece constante. Adicional al bajo número, los magistrados permanecen en ejercicio activo de la profesión médica, lo cual puede generar retrasos en el seguimiento a los procesos.

No se encontró en la literatura el tiempo promedio de duración de los procesos en los tribunales de ética; sin embargo, se sabe que en este tipo de procesos, no rigen las mismas leyes de regulación cliente-empresa, pues se requiere una revisión más a profundidad, como lo plantea Carles,<sup>23</sup> donde se evaluó si el evento fue contractual o extracontractual, teniendo en cuenta que el actual sistema de salud, con intermediación, hace que el paciente acuda al médico indirectamente a través de la asignación que su aseguradora le señale, esto hace que el evento sea extracontractual y que el altruismo, la reputación del médico y sus certificaciones, entre tantas cualidades, no sean tomadas en cuenta por el paciente, vulnerando su libertad de acción en el marco del sistema de salud. Sería ideal que el paciente, en realidad, pudiese seleccionar el médico de su confianza, evitando, así, muchas desavenencias en ambas partes; para lograrlo se requiere un cambio en la perspectiva de los procesos, cierta permeabilidad de la visión de la comunidad frente al acto médico, así como conciencia de los médicos frente a su compromiso social.

Sobre los resultados de la presente investigación una posible limitación fue el no tomar en cuenta la condición psicopatológica del demandante o de los hechos; así mismo, no identificar la ciudad de ocurrencia de los eventos, ni más características particulares de los demandados, tales como raza, estado civil o universidad de egreso, porque se considera que puede generar discriminaciones. El objetivo del estudio fue realizar un análisis médico-jurídico con el fin de revelar aspectos éticos y elementos que puedan mejorar la práctica médica y la formación de los profesionales, no sólo desde el ámbito médico sino también desde el legal y sensibilizar frente a sus consecuencias.

## Conclusiones

El acto médico es la esencia de los profesionales de la medicina, por tal razón es de vital importancia retomar los

postulados del juramento hipocrático para restablecer las características de confianza, calidad, calidez y compromiso que se requieren para que cualquier actuar del médico lleve a los mejores resultados y la comunidad logre reconocerlo como tal, a pesar de los eventos adversos, derivados de la enfermedad. Para que dicha meta se logre es fundamental que todo el cuerpo médico tome conciencia del papel preponderante que ejerce en el SGSSS y no se deje agobiar frente a exigencias lesivas o que vayan en detrimento de su ética, calidad de atención al paciente y en contra de los principios jurados al momento del grado.

Así mismo, es fundamental reforzar estos principios y la importancia de la relación médico-paciente para mejorar el proceso del acto médico, pues sin la confianza, el respeto y el reconocimiento de calidad frente a las acciones que se plantean para el manejo del paciente, cualquier acción queda sin fundamentación y puede derivar en denuncias de irregularidades y en acciones médico-legales en detrimento mayor del médico. Estos principios no se deben enseñar sólo en espacios de cursos específicos para tal fin, sino que deben ir inmersos en todas las acciones realizadas en la práctica formativa para que el estudiante las interiorice y marquen su sello personal a través del reconocimiento del buen profesional y docente que lo orienta en su formación.

## Conflictos de interés

Los autores manifiestan que no tienen ningún conflicto de interés con la publicación de este trabajo.

## Referencias

1. Molina G, Jiménez S, Rodríguez C, Berrío A, Vargas J. Acciones de tutela sobre el derecho a la salud en el municipio de Leticia, Amazonas, 2004-2008. *Iatreia*. 2010; 23 (4): 335-43.
2. Rodríguez CM, Molina G, Jiménez SA. Características de las tutelas en salud tramitadas en Medellín, Colombia. *Investigación y Educación en Enfermería* 2010; 28:99.
3. Defensoría del Pueblo. *La Tutela y el Derecho a la Salud*, período 2003-2005. Bogotá, 2007: 25-74.
4. López M, Manrique I, García C. Demandas a los médicos, observaciones sobre casos. *Rev Colomb Gastroenterol* 2004; 19 (1): 37-43.
5. Bert P, Levin A, Robertson G, Singer P. "Bioethics for clinicians. Disclosure of Medical error". *CMAJ* 2001; 164(4): 509-513.
6. Burton E.C, Nemetz P.N. "Medical Error and Outcomes Measures: Where have all the Autopsies Gone". *Med Gen Med* 2000; 2 (2).
7. Hernández H. "20 Recomendaciones para evitar acciones penales". *Médico-legal*; 7(1): 22-3.
8. Villar L. *La ley 100: El fracaso estatal en la salud pública*. Deslinde. Edición No. 36, 2004: 6-19.
9. Morales LG, Chavarriaga I, Barrero J. *Las condiciones laborales y de vida de los médicos en Colombia 1996-1998*. Presencia. Fundación Corona. 2001. ISBN 958-97048-0-8.
10. Escobar FA. *La práctica médica en Colombia: un estudio sobre la autonomía profesional de la Medicina en el contexto de la Ley 100 de 1993*. Tesis para obtener el título de Sociólogo. Universidad Nacional de Colombia. 2004: 92.
11. Escobar FA. *La práctica médica en Colombia: un estudio sobre la autonomía profesional de la Medicina en el contexto de la Ley 100 de 1993*. Tesis para obtener el título de Sociólogo. Universidad Nacional de Colombia. 2004: 92.
12. Patiño J. *La Ley 100 de 1993: Reforma y crisis de la salud en Colombia*. *Revista Gerencia y políticas de salud* 2005; 9:173-175.
13. Academia Nacional de Medicina. *Ley 100 de 1993: Reforma y Crisis de la Salud*. Informe ante el Ministerio de la Protección Social. 1999.
14. Congreso de Colombia. *Ley 100 de 1993 (23 de diciembre)*. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
15. Center for Disease Control and Prevention. *Epi Info 2000*. Versión 2004 Atlanta, GA. 2004.
16. Ministerio de Salud. *Resolución No. 8430 de 1993 (4 de Octubre)*. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.
17. Amorocho N, Guzmán N. *Porque demandan a los médicos ante el Tribunal de Ética Médica en el departamento del Valle del Cauca*. *Tribuna Ética Médica*. 2008. 3 (1): 11-18.
18. López M, Manrique I, García C. Demandas a los médicos, observaciones sobre casos. *Rev Colomb Gastroenterol* 2004; 19 (1): 37-43.
19. Barbosa D. *Caracterización de casos de responsabilidad médico-legal: médicos en servicio social obligatorio*. *Médico Legal* 2009; 1: 10-20.
20. Ruiz F, Matallana MA, Amaya JL, Vásquez ME, Parada LA, Piña MR. *Recursos Humanos de la Salud en Colombia. Balance, competencias y prospectiva*. Ministerio de Protección Social, Pontificia Universidad Javeriana y Centro de Proyectos para el Desarrollo 2009: 359.
21. Manrique JI. *La ginecobstetricia y las demandas de responsabilidad profesional*. *Médico-Legal* 2005; 27: 44-52.
22. FEPASDE. *Deficiencias en la comunicación y fallas en el Sistema de salud, fuente de demandas a los profesionales de la salud*. *Rev Médico-Legal* 2005; 27: 26-7.
23. Carles M. *Responsabilidad por una práctica médica inadecuada: una perspectiva económica*. *Gac Sanit* 2003; 17(6): 494-503.